

Organisation d'un réseau régional pour le traitement des lombalgies chroniques : le Renodos

N. Garet^a, A. Bera-Louville^b, V. Durlent^c, J.-C. Farasse^d, C. Haxaire^e, M. Lagersie-Dubeaux^a, R. Kansab^f, V. Tiffreau^b, membres du groupe Renodos^b

^a CRF Les Hautois, Oignies, France

^b CHRU de Lille, France

^c CH Wattrelos, France

^d Clinique Saint-Roch Cambrai, France

^e Hôpital maritime de Zuydcoote, France

^f Hôpital Felleries Liessies, France

Introduction.— Nous présentons l'organisation d'un réseau régional pour la prise en charge des lombalgies chroniques. Les centres utilisent un protocole d'évaluation commune incluant douleur et qualité de vie avec échelles visuelles analogiques(EVA), distance doigts-sol (DDS), évaluation isocinétique musculaire, questionnaire Roland-Morris, questionnaire Dallas et échelle anxiété dépression (HAD). Les mesures sont effectuées à l'entrée(T0), à la sortie(T1) du séjour de rééducation, puis à 3, 6, 12 mois (T3, T6, T12) de suivi.

Les objectifs sont d'évaluer les bénéfices du programme multidisciplinaire de rééducation dans une vaste population, d'échanger les pratiques entre les différents centres et de valider ce type de programme.

Dans une précédente étude : 748 patients furent inclus. Nous notons un bénéfice statistiquement significatif entre le début et la fin du séjour (T0-T1, $p < 0,0001$). Ce résultat obtenu en fin de séjour se maintenait pour la plupart des items après 12 mois de suivi. Cependant, l'intensité de la douleur et l'évaluation musculaire isocinétique n'étaient pas probantes. Des différences sur la flexibilité (DDS), l'endurance du carré des lombes, le Roland-Morris et l'HAD sont notées selon le sexe.

Conclusion.— La mise en place d'un réseau permet d'harmoniser les méthodes d'évaluation et de valider les programmes de prise en charge multidisciplinaire pour lombalgies.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1475>

CO89-002-f

Droits et responsabilité des patients dans les programmes de soins en médecine physique et de réadaptation

H. Damjan^{a,*}, G. de Korvin^b

^a Rehabilitation Institute, Ljubljana

^b Centre hospitalier privé Saint-Grégoire, Rennes Saint-Grégoire, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : UEMS ; Médecine physique et de réadaptation ; Programmes de soins ; Qualité ; Droit des patients

Introduction.— La commission des Affaires cliniques de la Section MPR de l'UEMS travaille sur la qualité dans les programmes de MPR.

Propositions.— Tous les patients ont droit à une rééducation-réadaptation efficiente, répondant aux données scientifiques et à leurs besoins. La réadaptation doit être individualisée et réalisée dans des structures interdisciplinaires appropriées.

Le respect du droit des patients en réadaptation passe par des règles spécifiques : être informé de manière professionnelle sur la nature de la maladie, sur les différentes options thérapeutiques et sur des objectifs de réadaptation réalistes ; être impliqué dans l'organisation de la réadaptation. Il faut laisser un temps suffisant aux patients pour se préparer à la sortie d'établissement et il faut les aider à s'intégrer dans leur ancien ou leur nouvel environnement de vie.

Les patients ont aussi des responsabilités propres dans le cadre d'un programme de réadaptation. Ils doivent fournir toutes les informations utiles à une stratégie de réadaptation appropriée et participer activement à leur programme.

Conclusion.— La commission des Affaires clinique poursuit cette réflexion en comparant les critères existants concernant les droits des patients dans les dif-



les programmes de soins en MPR.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1476>

CO89-004-f

Recommandations pour la prise en charge des malades à risque ou porteurs d'escarres : exemple de consensus formalisé

B. Barrois

CH de Gonesse, Gonesse, France



Mots clés : Escarre ; Recommandations ; Méthode

Introduction.— L'escarre persiste chez les sujets à mobilité réduite et/ou âgés [1]. Les recommandations 2001 [2] sont actualisées par PERSE avec les Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER), Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) et des experts de la Société française et francophone des plaies et cicatrisation (SFFPC).

Méthode.— La méthode du consensus formalisé d'experts HAS [3], et SOFMER [4] a été appliquée pour cette problématique fréquente, avec peu d'éléments de preuve, des controverses nécessitant des accords professionnels.

Les travaux ont duré 18 mois. Le comité de pilotage a choisi quatre questions. La recherche bibliographique a été menée par des bibliométristes.

Un binôme d'experts issus de deux sociétés différentes a analysé la littérature pour chaque question.

Les experts des sociétés partenaires ont enrichi les recommandations.

Cette version a été relue et amendée par un groupe d'autres experts.

Résultats.— La version finale a été rédigée et diffusée fin 2012.

Références

[1] Barrois. Epidemiology and medical insurance in France. WUWH 2012;165.

[2] ANAES. Conférence de consensus; 2001.

[3] HAS. Guide méthodologique : recommandations par consensus formalisé; 2006.

[4] Rannou F. Établir des recommandations : méthode SOFMER. Ann Readapt Med Phys 2007;50:100-5.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1477>

CO89-005-f

Le parcours de soins du traumatisme crânien (TC) en Finlande et en France : organisation et problématiques

C. Jourdan^a, P. Azouvi^b, P. Pradat-Diehl^c, A. Ruet^a, O. Tenovuo^d

^a Hôpital Raymond-Poincaré, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Garches, France

^b Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, France

^c Hôpital Pitié-Salpêtrière, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France

^d Hôpital universitaire de Turku et université de Turku, France



Mots clés : Traumatisme crânien ; Parcours de soins ; Système de soins ; Décision clinique

Objectif.— Réaliser une comparaison du parcours de soins du TC sévère dans deux contextes européens distincts.

Méthode.— Entretiens semi-structurés de praticiens (neuro-anesthésistes, neuro-chirurgiens, médecins de MPR) dans une région finlandaise (Turku) et française (Paris). Les questions portaient sur l'organisation, les modalités décisionnelles et les problématiques.

Résultats.— La filière à Turku est centralisée sur un service de réanimation puis de neurochirurgie unique. La rééducation post-aiguë repose sur des soins multidisciplinaires coordonnés ambulatoires, les hospitalisations en MPR sont rares. À Paris, la filière aiguë est partagée sur plusieurs sites, et des services aigus multiples. Le passage en MPR hospitalière est majoritaire. Selon les praticiens des deux régions, l'antécédent d'alcoolisme et l'âge influeraient sur le parcours. L'impact de la sévérité du TC et de l'isolement différerait selon le pays. Les praticiens de Turku citaient majoritairement des problématiques de financement